

FR_GERICHTE 608 2016 217 vom 9. Juni 2017

FR Kantonsgericht, 2017-06-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_217

FR: FR_GERICHTE 608 2016 217 du 9 juin 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2016 217 del 9 giugno 2017

Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente et dans les formes légales par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12

E. 2

a) Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour elles seules pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels

qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). c) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Selon la jurisprudence, cet article s'applique également à la décision par laquelle l'organe de l'assurance-invalidité accorde, comme en l'espèce, une rente limitée dans le temps à titre rétroactif (ATF 125 V 413 consid. 2d et les références). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 112 V 390 consid. 1b). Si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie du droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RAI; RS 831.201; cf. ATF 130 V 349 consid. 3.5). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

E. 3

a) Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 105 V 158; 114 V 314; RCC 1982 p. 36). b) Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations

approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). La jurisprudence a néanmoins souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3).

E. 4

La question litigieuse est de savoir si l'assurée peut (encore) se prévaloir d'une invalidité ouvrant le droit à une rente, ce qui relève d'une appréciation médicale de la situation. Il s'agit dès lors de comparer son état de santé au moment de la dernière décision ayant matériellement examiné son droit à la rente avec son état de santé au moment de la décision querellée. La décision ayant matériellement examiné le droit à la rente de la recourante est celle du 18 juin 2014, qui lui a initialement octroyé une rente entière de l'assurance-invalidité. Sur le plan somatique, la capacité de travail était alors jugée entière

dans toutes les activités, sous réserve d'absences en cas d'apparition de calculs rénaux (lithiase), tant selon l'experte en médecine interne générale (cf. expertise du 9 septembre 2013, dossier OAI, p. 290) que selon les médecins traitants (cf. not. dossier OAI, p. 374, 376 et 389). Par contre, sur le plan psychique, les médecins attestaient tous d'une capacité de travail nulle. Ainsi, l'expert mandaté par l'OAI, le Dr D. _____, diagnostiquait un "trouble de personnalité mixte, décompensé sur un mode dépressif" (F61.0). Selon lui, le "tableau dépressif décompense une personnalité mixte avec traits histrioniques et émotionnellement labiles, qui tout à tour prennent le devant de la scène", de sorte qu'il exclut le diagnostic de "trouble de personnalité émotionnellement labile type borderline" (F60.31) émis par un médecin de G. _____, la Dresse H. _____, généraliste. Toutefois, il est en accord avec cette dernière s'agissant de la répercussion des troubles psychiques sur la capacité de travail, celle-ci étant nulle (expertise du 10 juillet 2013, dossier OAI, p. 310; cf. ég. rapports des 27 mars 2013 et 17 décembre 2012 p. 331 et 345). Il n'est pas nécessaire de revenir sur la problématique de la valeur probante de l'expertise, ses conclusions ayant été à l'époque suivies par l'autorité intimée et le médecin du SMR, qui considérait que les "conclusions de l'expert [étaient] médicalement cohérentes" (rapport du 31 octobre 2013, dossier OAI, p. 278).

E. 5

Dans la décision litigieuse, l'OAI a considéré que la recourante ne présente pas de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 a) L'autorité intimée se fonde sur le rapport d'expertise de la Dresse F. _____, du 31 mars 2016, et son complément du 24 juillet 2016 (dossier OAI, p. 49 et 151). La psychiatre y conclut à l'existence d'une capacité de travail entière, faisant état d'une "simulation consciente avec une motivation évidente" (Z76.5). Si on doit convenir, avec le psychiatre traitant (cf. dossier OAI, p. 33 et 66), que "l'anamnèse constitue un élément essentiel du diagnostic" (cf. arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3), il est évident qu'en présence d'une simulation, celle-ci a une importance bien moindre et doit être prise en compte avec une certaine précaution. L'experte mentionne les avis des médecins et experts antérieurs mais s'en écarte sciemment. En outre, à ce stade, on peut relever que si le psychiatre traitant, le Dr I. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ne s'était initialement pas exprimé dans le dossier – étant relevé que la recourante avait dit à l'OAI qu'elle était suivie par un autre psychiatre, lequel avait bel et bien été invité à produire un rapport (cf. dossier OAI, p. 151 et 215 et 226) – son avis a, à tout le moins, pu être pris en compte dans le cadre du rapport complémentaire du 24 juillet 2016 (dossier OAI, p. 49 et 66). On doit retenir que l'experte avait pleine connaissance de l'anamnèse et du contexte médical. Lors de l'entretien du 10 mars 2016 entre l'experte et la recourante, cette dernière a pu présenter ses plaintes. Elle a notamment pu informer l'experte des relations houleuses, voire violentes, au sein de sa famille (père, mère, frères et sœur) qu'elle qualifie de déchirée. Elle lui a également décrit sa tendance à écrire des lettres à ses proches pour annoncer un geste suicidaire, mais qu'elle y renonce finalement en raison de ses deux enfants. Pour sa part, lors de ces entretiens, l'experte a été en mesure de procéder à des examens complets. A cet égard, on ne peut pas lui reprocher d'avoir renoncé à réaliser des tests d'auto-évaluation tels que celui de Beck, lesquels peuvent être aisément exagérés ou minimisés par la personne qui les complète, ce qui sera vraisemblable si la patiente simule. On peut relever que les questions posées lors de ces tests (Hamilton, Beck) sont aisément accessibles, ce qui facilite une éventuelle préparation. Par ailleurs, il

appartient à l'expert de décider de l'opportunité de tels tests (cf. arrêt TF I 117/07 du 28 février 2008) Partant, la Cour retient que l'expertise est fondée sur des examens complets. L'experte a pu statuer en connaissance du contexte professionnel, économique, familial et social de la recourante. L'experte explique de manière détaillée les motifs et les critères sur lesquels elle a fondé ses conclusions. Elle procède notamment au diagnostic différentiel et privilégie la thèse d'une "simulation consciente avec une motivation évidente" (Z76.5) à celles d'une "majoration de symptômes physique pour des raisons psychologique" (F68.0) ou d'une "production intentionnelle ou simulation de symptômes d'incapacité" (F68.1). Par cette démarche – décrite de manière détaillée dans l'expertise et son complément – elle sélectionne le diagnostic le plus vraisemblable, en le différenciant d'autres maladies qui pourraient avoir les mêmes symptômes ou des symptômes proche. Ainsi, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée. L'appréciation médicale est claire et les conclusions de l'experte dûment motivées. Dès lors que le rapport d'expertise est en tous points conformes aux réquisits jurisprudentiels, il a en soi pleine valeur probante. L'autorité intimée était en droit de se baser sur cette analyse pour conclure à une amélioration de l'état de santé de la recourante.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 b) Cela étant, il convient d'examiner les indices pris en compte par la Dresse F. _____ pour émettre le diagnostic de simulation consciente, ce point étant contesté devant l'instance de céans. L'experte souligne d'abord que la recourante a une apparence très soignée et un taux d'énergie à disposition incompatible avec la description de personne déprimée, abattue, sans énergie et sans goût pour les choses de la vie quotidienne. Elle remarque ensuite qu'invitée à donner des détails sur les persécutions alléguées, la recourante devient très irritable, refuse de répondre et détourne plutôt habilement la conversation. Elle relève aussi que les réponses nécessitent un temps de latence allongé qui ne peut pas être expliqué par des troubles de la conscience ou d'acquisition, mais semble plutôt découler d'une réflexion consciente sur la réponse convenable à donner. L'experte note que la recourante démontre avoir une certaine estime d'elle-même lorsqu'elle se plaint de ne pas mériter le traitement de ses voisins. Elle indique encore que la recourante se balance d'avant en arrière durant l'entretien, comportement rare et en général constaté dans des cas d'autisme dont elle n'est clairement pas atteinte. L'experte retient qu'à de nombreuses reprises, la recourante présente des larmoiements très démonstratifs qui ne peuvent pas être reliés à des émotions présentes et évoquent une surcharge des plaintes et un manque d'authenticité. Enfin, l'experte note que les allégations de la patiente (dévastation, traumatisme, phobies, idées suicidaires) vont dans le sens d'une dépression très sévère qui nécessiterait une prise en charge urgente et intensive qui n'a pourtant pas eu lieu. Au contraire, la recourante suit un traitement ambulatoire hebdomadaire et sans prise de médicament. Le Dr I. _____ conteste la pertinence de ces différents indices, affirmant que la pathologie borderline peut les expliquer. Ainsi, il précise qu'une particularité liée au trouble borderline, l'"adaptation apparente", liée au souci de préserver une bonne image face à autrui, permet de maintenir une façade de bon fonctionnement et explique l'apparence soignée de sa patiente. Il indique aussi que le manque de collaboration est fréquent chez les patients borderline, notamment en situation d'insécurité comme devant un expert. En outre, s'agissant des balancements du corps, il rappelle que ce comportement avait déjà été signalé par la Dresse E. _____ en 2013. Si ce comportement est rare, il n'est pas limité à des cas d'autisme mais peut apparaître chez des personnes qui ont subi des maltraitements et des carences affectives durant l'enfance, comme c'est le cas de la recourante. Quant à l'apparente absence d'émotion sincère, le Dr

I. _____ soutient que les patients borderline sont peu démonstratifs et souvent sujets à la dissociation, ce qui se manifeste par une distance des émotions négatives dans les situations très pénibles. Il affirme que l'absence de traitement ne prouve pas l'absence de maladie mais est causée par la crainte irrationnelle de la patiente vis-à-vis de la médication, crainte fréquente chez les patients psychiatriques. Enfin, il allègue que les particularités de la personnalité borderline, où les affects sont extrêmement fluctuants, font que la patiente ait pu craindre de ne pas être prise au sérieux et qu'elle insiste lourdement sur ses difficultés (cf. rapport du 22 juin 2016, dossier OAI, p. 66; cf. ég. rapport du 23 septembre 2016, bordereau, pièce 7). A ce stade, on peut relever que le seul fait que "des observations peuvent aisément trouver une autre explication" ne signifie pas que cette explication s'applique effectivement dans le cas d'espèce. A cet égard, on peut d'abord relever que, particulièrement dans son rapport du 23 septembre 2016, le Dr I. _____ utilise des formulations telles que "il n'est pas rare", "il peut exister" et "il est possible". Il fait également usage de phrases ouvertes telles que "ce comportement peut se produire chez les personnes [...]" ou "les réponses agressives [...] peuvent

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 être le reflet de la tension de la patiente" (cf. dossier OAI, p. 24 et 66). Par ces formules et phrases, le psychiatre traitant n'exclut donc pas la thèse présentée par l'experte, mais propose une autre appréciation d'une situation identique. Dans de telles circonstances, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée de l'expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant, en particulier compte tenu de la relation de confiance qui unit ce dernier à son patient (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). En outre, les objections du Dr I. _____ ont été soumises à l'experte, laquelle a maintenu et explicité ses conclusions dans un rapport complémentaire du 24 juillet 2016. En substance, elle affirme avoir d'ores et déjà tenu compte des éléments mis en exergue par le psychiatre traitant lors de la rédaction de son rapport d'expertise sans qu'une personnalité borderline ne puisse être retenue. Elle relève ainsi notamment que "la discrédence entre ce qui concerne la présentation vestimentaire de l'explorée, son taux d'énergie observable et ce qu'elle annonce comme symptômes, qui impliquerait une prise en charge immédiate en raison d'une gravité clinique (suicidalité très intense), ne peut pas être expliqué par un comportement borderline. Car en effet, si une personnalité borderline se déprime de façon sévère et devient gravement suicidaire, le taux d'énergie à disposition ne peut pas être conservé, du fait de la gravité dépressive" (dossier OAI, p. 49). Ces explications, bien argumentées, sont convaincantes. L'avis du Dr I. _____ constitue une appréciation différente de la situation qui, quels qu'en soient les mérites, ne parvient toutefois pas à discréditer celle de la Dresse F. _____. c) Enfin, force est de constater que le dossier asséurologique n'est pas autant en contradiction avec les conclusions de la Dresse F. _____ que tendent à l'affirmer la recourante et son psychiatre, le Dr I. _____. Dans son rapport d'expertise du 10 juillet 2013, le Dr D. _____ avait écarté le diagnostic de trouble borderline, ce qui vient confirmer l'avis de l'experte. Certes, il soutenait que la capacité de travail de la recourante était alors nulle en raison d'un "trouble de personnalité mixte, décompensé sur un mode dépressif" (F61.0) (cf. dossier OAI, p. 310). Toutefois, la Dresse F. _____ ne le contredit pas. Elle soutient expressément ne pas prétendre que la recourante "n'ait jamais présenté de psychopathologie antérieurement, mais bien au contraire qu'en présence du manque d'authenticité relevé dans la présente situation, il ne [lui] est pas possible de juger des éléments antérieurs" (dossier OAI, pièce 49). Ce raisonnement s'applique de facto également aux rapports qui ont précédé l'expertise, notamment ceux de la Dresse H. _____ de G. _____ (cf. not. dossier OAI,

p. 287, 345, 347, 348, 374, 376 et 389). Dans un rapport du 27 juillet 2015, invité à se prononcer sur les avis médicaux au dossier, le Dr J. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR, relevait la présence de contradictions au dossier. Devant un traitement de psychothérapie déléguée, sans traitement pharmacologique, il relevait ce qui suit: "de deux choses l'une: soit la situation médicale s'est bien améliorée, [la] prise en charge est adéquate et les diagnostics annoncés ne sont plus d'actualité, une capacité de travail au moins partielle, devrait être alors exigible, soit les diagnostics annoncés sont corrects [...] auquel cas la prise en charge est insuffisante et ne correspond pas aux recommandations [...]" (dossier OAI, p. 213). Cela va dans le sens de l'avis de la Dresse F. _____.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 La généraliste traitante de la recourante, la Dresse K. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, soutient pour sa part que sa "patiente serait capable de travailler mais se voit comme incapable" (rapport du 2 juin 2015, dossier OAI, p. 217). Cela va aussi dans le sens de l'avis de l'experte. S'agissant des documents produits devant l'instance de céans, on doit rappeler que les documents concernant une situation postérieure à la décision litigieuse n'ont pas à être pris en compte. Seuls doivent être retenus les faits qui concernent la période litigieuse. Cela étant, on doit relever que, suite à une décision de placement à des fins d'assistance du 17 novembre 2016 (bordereau, pièces

E. 10

octobre 2016 (608 2016 217), devenue sans objet, est rayée du rôle. III. La requête (608 2016 219) d'assistance judiciaire gratuite totale est admise et Me Denis Schroeter, avocat, désigné en qualité de défenseur d'office. IV. Il est alloué à Me Denis Schroeter une indemnité de CHF 2'781.-, plus CHF 15.70.- de débours et CHF 223.74 au titre de la TVA (8%), soit un montant total de CHF 3'020.44, intégralement mis à la charge de l'Etat de Fribourg. V. Des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante; ils ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire octroyée. VI. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 9 juin 2017/pte Président Greffier

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.